

Noora Heinonen & Jori Viita-aho

HOITAJIEN KOKEMUKSIA OMAHOITAJUUDESTA PSYKIATRISISSA HOITOTYÖSSÄ

HOITAJIEN KOKEMUKSIA OMAHOITAJUUDESTA PSYKIATRISSESSA HOITOTYÖSSÄ

Noora Heinonen
Jori Viita-aho
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT.....	4
1 JOHDANTO	5
2 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ.....	6
2.1 Käsitteen määrittely	6
3 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ JA OMAHOITAJUUS.....	7
3.1 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus.....	7
3.2 Ammatillinen auttamissuhde	8
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
4.1 Tarkoitus ja tavoitteet	11
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS VAIHEITTAIN.....	12
5.1 Opinnäytetyön eteneminen ja aiheen valinta	12
5.2 Kvalitatiivinen tutkimus	12
5.3 Tutkimukseen osallistuvien valinta	14
5.4 Kysely.....	14
5.5 Aineiston keruu.....	14
5.6 Aineiston analyysi.....	15
6 TUTKIMUSTULOKSET	18
7 KESKEISTEN TULOSTEN TARKASTELU AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN JA KIRJALLISUUDEN MUKAAN	23
8 POHDINTA	27
8.1 Tulosten tarkastelua	27
8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	29
8.2.1 Tutkimuksen luotettavuus	29
8.2.2 Tutkimuksen eettisyys.....	30
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	31
LÄHTEET.....	32
LIITTEET	36

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijät: Noora Heinonen ja Jori Viita-aho

Opinnäytetyön nimi: Hoitajien kokemuksia omahoitajuudesta psykiatrisessa hoitotyössä

Työn ohjaaja: Liisa Kiviniemi

Valmistumisaika: Kevät 2014

Sivumäärä: 37

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla hoitajien kokemuksia omahoitajuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kokemuksesta tietoa omahoitajuuden toteuttamisesta ja sisällöistä sekä kehittämisideoista hoitajien itsensä arvioimina psykiatrisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyössä vastattiin seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Millaisia kokemuksia hoitajilla oli omahoitajuudesta psykiatrisessa hoitotyössä? Mitä hoitajat pitivät omahoitajuutta estävinä ja edistävinä tekijöinä? Mitä haasteita hoitajat omahoitajuudessa kokivat? Miten omahoitajuutta tulee hoitajien mielestä kehittää? Tuotetun tiedon avulla saatiin kokemuksellista tietoa, jonka avulla omahoitajuutta psykiatrisessa avo- ja laitoshoidossa on mahdollista kehittää.

Tutkimukseen osallistuvat hoitajat ovat kuvanneet opinnäytetyössä kokemuksiaan omahoitajuudesta sekä omahoitajuuden kehittämisestä muutaman avoimen kysymyksen avulla. Opinnäytetyön teoreettisessa osassa tarkasteltiin yksilövastuista hoitotyötä, omahoitajuuden keskeisiä piirteitä, psykiatrista hoitotyötä sekä ammatillista auttamissuhdetta. Opinnäytetyö oli kvalitatiivinen eli laadullinen kyselytutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella. Aineiston analyysi tapahtui aineistolähtöistä laadullista sisällön analyysia käyttäen. Tutkimukseen vastaajat pyydettiin kahdesta organisaatiosta.

Tutkimustulokset osoittivat, että hoitajat kokevat omahoitajuuden toteuttamisen pääasiassa onnistuneen ja onnistumisen vaativan kouluttautumista ja työyhteisön tukea. Potilaan ja hoitajan välisessä suhteessa tärkeänä pidettiin toimivaa vuorovaikutusta. Palkitseviksi oli koettu onnistuneet hoitosuhteet, ja epäonnistuneista hoitosuhteista oli otettu opiksi. Haasteina olivat henkilökemioiden ja potilaan motivaation puute. Kehittämisideoina olivat jatkuva itsensä kehittäminen ja potilaan omien voimavarojen huomioiminen.

Asiasanat: yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajuus, omahoitaja, ammatillinen auttamissuhde, psykiatrinen hoitotyö

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing And Health Care

Authors: Noora Heinonen & Jori Viita-aho

Title if thesis: Nurses' experiences of primary nursing in psychiatric care

Supervisor: Liisa Kiviniemi

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2014

Number of pages: 37

The purpose of the thesis was to describe nurses' experiences of primary nursing in psychiatric nursing. The aim of this thesis was to produce an experimental knowledge about primary nursing and gather developing ideas given by nurses who work in psychiatric care.

In this study research questions were: What kind of experiences nurses have of primary nursing in psychiatric nursing? What are the difficulties and benefits of primary nursing? What challenges nurses faced in primary nursing? How to develop primary nursing? The results could use to improve primary nursing both in psychiatric non-institutional care and psychiatric institutional care.

The nurses who were part of the study described their experiences of primary nursing and developing ideas in the open questions. In the theoretic part of this study individual responsible nursing were examined, fundamental characters of a primary nursing and a professional relationship between nurse and patient were examined. This thesis was a qualitative study. Data was collected by using a form that had open questions. Data was analysed by using qualitative content analysis. The nurses came from two different organizations.

The results show that nurses had succeeded in primary nursing but to be able to succeed it demands education and support of a work community. The important aspect in the relation between nurse and patient was functional interaction. The most rewarding issues were successful care relationships and nurses had learnt from difficult patient-nurse relationships. The challenges were interpersonal relationships and lack of motivation of patients. Major developmental challenges were continuous self-education and taking into consideration patients' own potential to get better.

Keywords: primary nursing, primary nurse, psychiatric nursing, professional care relationship

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla hoitajien kokemuksia omahoitajuudesta psykiatrisessa hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa kokemuseräistä tietoa omahoitajuuden toteuttamisesta ja sisällöistä sekä kehittämisideoista hoitajien itsensä arvioimina psykiatrisessa hoitotyössä. Tuotetun tiedon avulla hoitajat saavat kokemuksellista tietoa, jonka avulla omahoitajuutta on mahdollista kehittää ja parantaa psykiatrisessa hoitotyössä.

Psykiatrisessa hoitotyössä merkittävä osa hoidosta tapahtuu omahoitajuuden kautta, minkä vuoksi omahoitajuus korostuu erityisesti psykiatrisessa hoitotyössä. Tämä on havaittu hoitotyön harjoitteluissa. Psykiatrisessa hoitotyössä omahoitajuuden merkitys korostuu, sillä ihmisen mielen ollessa herkkä, omahoitajuus voi lisätä asiakkaan tai potilaan turvallisuuden tunnetta. Tulevina hoitotyön tekijöinä, sairaanhoitajina, tavoitteena on vahvistaa käsityksiä omahoitajuudesta tutkimalla sitä ympäristöissä, joissa tulemme mahdollisesti työskentelemään. Tässä opinnäytetyössä käsitellään psykiatrasta avo- ja sairaalahoitoa, koska on hyvä saada tuntumaa molemmissa hoitoympäristöissä toteuttavaan omahoitajuuteen.

Halusimme tutkia omahoitajuutta sekä avo- että laitostympäristössä, koska toisella meistä on kokemusta avopuolelta ja toisella sairaalamailmasta. Tämä laajentaa tietoperustaamme ja näköalaamme psykiatrisessa hoitotyössä toteutettavaan omahoitajuuteen.

Omahoitajuuden tutkiminen on mielestämme tärkeää, koska mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaan ja potilaan hoito perustuu omahoitajuuteen. Muhosen (2008, 6-7) mukaan hoidon vaikuttavuutta, laatua ja jatkuvuutta voidaan edistää omahoitajuuden avulla.

Aihe on hyödyllinen, koska yhteistä tutkimusta omahoitajuudesta sekä psykiatrisessa avo- että laitostyhteisössä hoitajien kokemuksena ei löydy. Tämä tutkimus tuo uuden näkökulman aiheeseen. Omahoitajuuden haasteet ja erilaiset käytännöt eri ympäristöissä kiinnostavat ja niihin perehdytään opinnäytetyötä tehdessä. Kysely hoitajille, joilla on erilainen työhistoria mutta kuitenkin useamman vuoden työkokemus psykiatrisen hoitotyön parissa, tuottaa erilaisia, osin myös samankaltaisia vastauksia. Opinnäytetyön teoreettisessa osassa tarkastellaan psykiatrasta hoitotyötä, yksilövastuista hoitotyötä, omahoitajuutta ja ammatillista auttamissuhdetta.

2 PSYKIATRINEN HOITOTYÖ

2.1 Käsitteen määrittely

Psykiatrinen hoitotyö, mielenterveyden hoitotyö ja mielenterveystyö ovat mielenterveyden ja sen häiriöiden kuvaavia termejä. Psykiatrialla tarkoitetaan mielenterveysongelmiin erikoistunutta lääketieteen alaa, joka vastaa mielenterveysongelmista kärsivien lääketieteellisestä hoidosta. (Välimäki, Holopainen & Jokinen 2000, 13)

Perinteisesti psykiatrisen potilaan hoitotyö painottuu edelleen häiriöihin, sairauksiin, patologiaan, vajavuuksiin, diagnosointiin sekä oireiden hoitoon. (Aspinwall & Staudinger 2006) Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluu ihmisen mielenterveyttä edistävä ja tukeva toiminta, sekä hoitohenkilökunnan tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet psykiatrisen potilaan ja hänen perheensä auttamiseen. Tavoitteena on, että mielenterveystyötä tehdään siten, että otetaan huomioon yksilön sekä perheen voimavarat ja vahvuudet. (Välimäki ym. 2000, 14)

Psykiatrasta hoitotyötä ohjaavat erityisesti mielenterveyslaki 14.12.1990/1116, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 sekä mielenterveysasetus 21.12.1990/1247. Mielenterveyslaki sisältää yleiset säännökset mielenterveystyöstä, mielenterveyspalvelujen järjestämisestä, mielenterveystyön ohjauksesta ja valvonnasta sekä tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset ja hoidon toteuttamista koskevat säännökset. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on tuonut selviä parannuksia potilaan asemaan ja oikeuksiin. (Finlex, 2013 & Stm, 2013)

3 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ JA OMAHOITAJUUS

3.1 Yksilövastuinen hoitotyö ja omahoitajuus

Omahoitajamalli, primary nursing, syntyi 1960 -luvun lopulla Yhdysvalloissa tehtäväkeskeisen ja ryhmätyömallin seuraajaksi, koska niitä arvosteltiin epäkohdistaan. Hoitofilosofia korosti kokonaishoitoa, ammatillisuutta ja hoitajan potilaan vieressä olemista hoitotyön asiantuntijana. (Harkila 1991, 2-6)

Hegyvaryn (1991, 17-18) mukaan yksilövastuinen hoitotyö on sekä hoitotyön filosofia että organisatorinen malli, jossa ilmenee potilaskeskeisyys ja ammatillisuus. Perusajatuksena on yksittäisen potilaan hoidon oleminen saman hoitajan vastuulla potilaan hoitoon saapumisesta kotiin pääsyyn saakka. Hegyvaryn mukaan yksilövastuiseen hoitoon kuuluu vastuullisuus, autonomia, koordinointi sekä kattavuus. Omahoitaja on vastuullinen potilaalle, hänen perheelleen, työkavereille sekä työnantajalleen siitä, että hän toimii ammattinsa vaatimusten mukaisesti. Autonomialla tarkoitetaan, että hoitaja tekee hoitotyötä koskevia päätöksiä ja toteuttaa niitä ammattinsa itsemääräämisoikeuden puitteissa. Koordinointi takaa hoidon jatkuvuuden säilymisen hoitajien työvuorojen vaihtuessa. Kattavuus koskee koko hoitotyön aluetta eli hoidosta huolehditaan myös omahoitajan poissa ollessa.

Suomessa psykiatrisessa hoidossa on jo 1950-luvulla korostettu hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Omahoitajakäytäntöä on aloitettu 1960- ja laajemmin 1970-luvulla. (Välimäki & Mäkitalo 2000, 16-17) Yksilövastuista hoitotyötä alettiin 1970-luvulla kehittää, kun potilaat ja hoitajat olivat tyytymättömiä hoitotyön laatuun ja pirstoutuneisuuteen sekä sairaanhoitajien vähäiseen välittömään hoitotyöhön osallistumiseen. (Perälä 1989, 2) Primary Nursing -termin vastineena käytettiin 1970- ja 1980-luvulla omahoitajajärjestelmää tai omahoitajamallia. (Perälä 1986; Lehtoranta 1986; Nojonen 1988) 1990-luvulla puhuttiin yksilövastuisesta hoitotyöstä. (Munnukka 1993; Perälä 1997; Latvala 1998)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista on säädetty potilaskeskeisyyden tueksi. Laki muutti potilaan aktiiviseksi hoitoon osallistujaksi, jolla on oikeus saada tietoja saamastaan hoidosta.

Potilaat alkoivat odottaa asiallista ja yksilöllistä kohtelua. Psykiatrisessa hoitotyössä keskeiseksi tuli potilaan ja hoitajan välinen hoitosuhde. (Perälä 1989, 3-20; Harkila 1991, 2-6) Munnukan (2003, 64) mukaan potilaskeskeisyyden perusta on se, että potilas itse ohjaa omaa hoitoaan ja neuvottelee omanhoitajan kanssa hoitotyön tavoitteista, sillä kyse on hänen elämästään.

Munnukan & Aallon (2003, 24) mukaan yksilövastuinen hoitotyö on työnjakomalli, joka voidaan jakaa kahteen käsitteeseen, hoitofilosofia eli ihmiskäsitys ja omahoitajuus. Hoidossa korostetaan hyvää potilaan hoidon laatua. Hjerppen (2008, 2) mukaan omahoitajuus liittyy yksilövastuiseen hoitotyöhön. Käytännössä omahoitajuus ei ole pelkästään sitä, miten potilaat jaetaan hoitajien kesken, vaan se on myös ajattelutapa, jonka mukaan hoitajan toiminta on ammatillista ja potilaskeskeistä. (Hjerppe 2008, 3; Harkila 1991, 4)

Åstedt-Kurjen ym. (2013) mukaan hyvän hoitamisen periaatteita ovat kokonaisvaltainen, terveys-, potilas- ja perhekeskeinen hoito. Potilaskeskeisen työskentelytavan perustana on näkemys siitä, että hoitotyön tulee olla yksilöllistä, kokonaisvaltaista, jatkuvaa ja koordinoitua. Nämä ominaisuudet toteutuvat, kun hoitaja toimii vastuullisesti ja itsenäisesti. Munnukan (2003, 57) mukaan omahoitaja mahdollistaa potilaan ja hänen perheensä hoitamisen parhaiten.

Paasovaara, S. (2000, 3) Toteaa teoksessaan yksilövastuisen hoitotyön olevan omahoitajan persoonallista, ammattieettistä ja asenteellista kehittymistä, mutta myös koko hoitotyönteisöä koskeva kehittämisprosessi. Paasovaara (2000, 3) toteaa yksilövastuisen hoitotyön edellyttävän omahoitajan laaja-alaisen asiantuntijuuden hyödyntämisen. Omahoitajuuden kehittämistyö ei voi perustua yksinomaan arkitiedolle ja kokemukselle. Kehittämisen tulisi pohjautua tutkitulle tiedolle ja hyviksi todettuihin käytäntöihin.

3.2 Ammatillinen auttamissuhde

Punkasen (2001, 51) mukaan omahoitajuuden rinnalla käytetään käsitteitä omahoitajasuhde, yhteistyösuhde, hoitosuhde ja auttamissuhde. Ammatillisella auttamissuhteella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan välistä tietoista, tavoitteellista ja suunnitelmallista yritystä hyödyntää

vuorovaikutusta ihmisen hoitamisessa. Munnukan (2003, 23) mukaan hoitaja ja potilas työskentelevät potilaan sen hetkisen terveyden edistämiseksi.

Ammatillisessa auttamissuhteessa hoitajan on tärkeää keskustella, kuunnella, vastata kysymyksiin, esittää omia ajatuksiaan avoimesti, pohtia ja vertailla asioita yhdessä potilaan kanssa. Hoitajan on tarvittaessa pystyttävä muuttamaan omia käsityksiään. Onnistuneen keskustelun merkkejä ovat aitous, avoimuus, turvallisuus, kiireettömyys ja pakottomuus. (Haarakangas 2008, 27, 35)

Tärkeitä piirteitä onnistuneessa hoitosuhteessa ovat potilaan halu tulla autetuksi, luottamus, kommunikaatio, erilaisten tunteiden käsittely sekä hoitajan vastatunteiden käyttö potilaan auttamiseksi, mikä on tärkeä osa onnistunutta hoitosuhdetta. Hoitajan tulee erottaa sekä omat että potilaan hänessä aktivoimat tunnetilat. Olennaista on hyvä yhteistyön sujuminen. Motivaatio ja hoitoon sitoutuminen ovat yhteistyön perusedellytyksiä. (Mäkelä ym. 2001, 18-25)

Potilaslähtöinen ja kokonaisvaltainen hoitotyö perustuu tasa-arvoiseen ja vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen. Tasavertainen yhteistyösuhde perustuu ihmisen vapauden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 12)

Myönteinen asenne hoitotyöhön on sen toteuttamisen tärkein lähtökohta. Potilaskeskeinen hoitotyö mahdollistuu vain, mikäli hoitaja on aidosti kiinnostunut ja paneutuu potilaan vointiin ja asioihin. Tässä yhteistyösuhteessa potilas voi tulla tietoiseksi tavastaan olla ja elää suhteessa toisiin ihmisiin. Se merkitsee oman tilanteen ymmärtämistä, mikä antaa mahdollisuuden muutokseen. Hoitaja on yhteistyökumppani, joka auttaa asiakasta muutoksessa kasvamaan oikeaan suuntaan. (Åstedt-Kurki ym. 2013)

Hoidon alussa hoitaja kertoo potilaalle hoitosuhteen luonteesta. Potilas ja hoitaja tutustuvat toisiinsa voidakseen muodostaa luontevan keskinäisen suhteen. Hoitosuhteen edetessä, työskentelyvaiheen aikana, potilas tuo esille omia kokemuksiaan, arkaluonteisiakin asioita, kärsimystään, tunteitaan, omaa elämäänsä. (Mäkelä ym. 2001, 25)

Mielenterveytyön yhteistyösuhteissa kiinnitetään paljon huomiota potilaan menneisyyteen ja nykyhetkeen. Menneisyys vaikuttaa koko elämäämme ja aikaisempien kokemusten pohjalta luomme käsitystämme siitä, missä olemme taitavia ja millaiset asiat ja tilanteet ovat meille

vaikeita. Menneisyyden ja nykyhetken tarkastelu ohjaa hoitajaa ajattelemaan sitä, mitä potilas on ollut ja mitä hän on nyt. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta huomaamaan, että kaikista vaikeuksista huolimatta uudet mahdollisuudet ovat tulevaisuudessa. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen & Seppänen 2007, 60, 97-98)

Kiviniemen ym. (2007, 60, 98) mukaan hoitaja auttaa potilasta tunnistamaan elämäänsä liittyviä ongelma- ja käännekohtia. Tavoitteena on auttaa potilasta näkemään kertomuksensa uudella tavalla, selviämään arjessa omassa elämässään sairaudesta huolimatta tai sen kanssa. Lisäksi hoitaja auttaa asiakasta etsimään ja löytämään merkityksellisiä ja voimavaroja lisääviä tekijöitä. Sopivan haasteellinen toiminta lisää potilaan osallistumista hoitoon ja mahdollistaa onnistumisen kokemuksen saamisen. Toiminta on sopivan haasteellista, kun potilaan taidot ja toimintoihin sisältyvät vaatimukset tai mahdollisuudet ovat tasapainossa keskenään.

Potilaan ja hoitajan välinen yhteistyösopimus on yhteistyön perusta. Yhteistyösopimus käsittää potilaan ja hänen läheisensä ilmaiseman avuntarpeen ja voimavarat, tavoitteet, työskentelytavat, eri yhteistyötahojen osuuden yhteistyösuhteessa ja yhteistyösuhteen jatkuvasta arvioinnista sopimisen. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen & Seppänen 2007, 60-61) Yhteistyösopimukseen kirjataan myös tapaamispaikka, -aika, kesto ja kuinka usein tavataan, hoidon päämäärä sekä hoitosuhteen kesto. Hoitosuhde voi kestää vuosia tai vain yhden tapaamisen ajan. Potilas ja hoitaja sitoutuvat noudattamaan sovittuja sääntöjä. (Mäkelä ym. 2001, 34) Omahoitaja huolehtii potilaan hoidon sujumisesta yhteistyösuunnitelman mukaisesti. (Åstedt-Kurki, yms 2013) Sekä potilas että hoitaja ovat vastuussa hoidon tavoitteista, kun pyritään hoidollisiin päämääriin. (Punkanen, 2001, 51)

Potilaslähtöinen ja kokonaisvaltainen hoitotyö perustuu tasa-arvoiseen ja vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen. Tasavertainen yhteistyösuhte perustuu ihmisen vapauden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 12) Hoitosuhteen tarkoitus on tunneperäisen tuen tarjoaminen potilaalle niin kauan, että hän itse kykenee ottamaan vastuun itsestään. Parhaassa tapauksessa hoitosuhde lopetetaan sitten, kun sekä potilas että hoitaja ovat sitä mieltä. (Mäkelä ym. 2001, 36-37)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

4.1 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla hoitajien kokemuksia omahoitajuudesta psykiatrisessa hoitotyössä.

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kokemuseräistä tietoa tutkittavista ilmiöistä, omahoitajuuden toteuttamisesta ja sisällöistä sekä kehittämisideoista hoitajien itsensä arvioimina psykiatrisessa hoitotyössä. Oma oppimistavoite oli laajentaa tietoperustaa ja näköalaa psykiatrisessa hoitotyössä toteutettavaan omahoitajuuteen.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitä kokemuksia psykiatrisella hoitajalla oli omahoitajana toimimisesta?
2. Mitkä asiat psykiatrinen hoitaja koki omahoitajana toimimista estävinä?
3. Mitkä asiat psykiatrinen hoitaja koki omahoitajana toimimista edistävinä?
4. Millaisia kehittämisideoita psykiatrisella hoitajalla oli omahoitajuuteen?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS VAIHEITTAIN

5.1 Opinnäytetyön eteneminen ja aiheen valinta

Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2013. Ensin hankittiin teoreettista tietoa omahoitajuudesta ja tutustuttiin aiheesta aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Tietoperustaa hankkiessa pyrittiin tieto hakemaan suhteellisen tuoreista lähteistä, mikä ei kaikissa teoksissa toteutunut.

Omahoitajuus ilmenee hyvin psykiatrisessa hoitotyössä, jossa koko hoito perustuu omahoitajuuteen. Aiheen valintaan vaikutti psykiatriseen hoitotyöhön suuntaavat opinnot, kiinnostus ja halu tutkia omahoitajuutta, mahdollisuus vaikuttaa omahoitajuuden kehittämiseen ja mahdollisuus hyödyntää opinnäytetyötä tulevassa työssä.

5.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2007, 184) mukaan tutkimusmenetelmän valintaa ohjaa se, minkälaista tietoa etsitään, keneltä etsitään ja mistä etsitään. Tutkimuksessa kuvataan omahoitajuuden toteutumista hoitajien näkökulmasta. Kyselyyn pohjautuvaan laadulliseen tutkimukseen osallistuvat hoitajat toivat esiin omia kokemuksiaan ja näkemyksiään aiheesta. Välimäen ja Holopaisen (2000, 155) mukaan laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen avulla on mahdollista saada tutkittavasta ilmiöstä syvällisempi näkemys. Laadullinen tutkimus mahdollistaa omahoitajuuden ymmärtämisen syvällisemmin ja kokonaisvaltaisemmin.

Kylmän & Juvakan (2007, 27) mukaan tutkimusaineisto kerätään laadullisessa tutkimuksessa mahdollisimman avoimin menetelmin. Kyselyn avoimet kysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin, kun taas monivalintakysymykset kahlitsevat vastaajaan valmiiksi valittuihin vaihtoehtoihin. Avoimet kysymykset ohjaavat vastaajia ajattelemaan, mikä on keskeistä tai tärkeää.

Hirsjärven ym. (2007, 161) mukaan kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tyypillisiä piirteitä ovat em. (2007, 64) mukaan kokonaisvaltainen tiedon hankinta, ihminen tiedon keruun instrumenttina, induktiivinen analyysi (aineistolähtöisyys), laadullisten metodien käyttö aineistoa hankittaessa, kohderyhmän tarkoituksenmukainen valinta, tutkimussuunnitelman muotoutuminen tutkimuksen edetessä ja tapausten ainutlaatuinen käsittely ja aineiston tulkinta sen mukaan.

Kylmä & Juvakka (2007, 26-27) määrittelevät laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen ominaispiirteeksi induktiivisuuden, eli aineistolähtöisen päättelyn, jossa tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista ja havainnot yhdistetään myöhemmin laajemmaksi kokonaisuudeksi. Tutkimukseen osallistuvat valitaan tarkoituksenmukaisuuden perusteella. Tavoitteena on ymmärtää osallistujien näkökulmia.

Kylmä & Juvakan (2007, 53-54) mukaan laadullisen tutkimuksen tavoitteena on pyrkiä selvittämään totuutta tutkimuskohteina olevista ilmiöistä ja jäsentämään todellisuutta entistä paremmin hallittavaan muotoon. Laadullisen tutkimuksen keskeisessä osassa ovat aineiston koko, sen rajaaminen ja kokoaminen. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään yleensä harkinnanvaraista otantaa. Aineiston laatu on määrää tärkeämpää. Aineistolähtöisessä tutkimuksessa pyritään tekemään yleistyksiä ja päätelmiä aineistosta esille nousevien seikkojen perusteella. Aineistoa pyritään tarkastelemaan monitahoisesti ja yksityiskohtaisesti nostoen esiin merkitykselliset teemat. Tutkimustehtävät laadullisessa tutkimuksessa ovat ainakin alussa laajoja. Tarkoituksena on tiedon tuottaminen tutkimukseen osallistuvien näkökulmasta. Tutkimustehtävät täydentyvät tutkimuksen edetessä.

Alasuutarin (1995, 72-75) mukaan teoreettinen viitekehys määrää sen, millainen aineisto kannattaa kerätä ja millaista menetelmää sen analyysissä käyttää tai aineiston luonne asettaa rajat sille, millainen tutkimuksen teoreettinen luonne voi olla. Laadullisen tutkimuksen hyvä aineisto on sellainen, joka tekee mahdollisimman monenlaiset tarkastelut mahdollisiksi. Aineistolle ominaisia piirteitä ovat ilmaisullinen rikkaus, kompleksisuus ja monitasoisuus. Jotta tutkimustulokset voidaan erottaa aineistosta, tarvitaan selkeä tutkimusmetodi.

5.3 Tutkimukseen osallistuvien valinta

Valintakriteerit tutkimukseen osallistuville hoitajille olivat useamman vuoden työkokemus, psykiatrisen sairaanhoitajan tai mielenterveyshoitajan koulutus, psykiatrisessa avohoidossa, sairaalan suljetulla tai avo-osastolla työskentely. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat ovat kiinnostuneita kehittämään hoitotyötä omahoitajuuden osalta. Opinnäytetyössä tutkitaan omahoitajuutta sekä avo- että sairaalaympäristössä, mikä mahdollistaa omahoitajuuden tarkastelun laajemmasta näkökulmasta.

5.4 Kysely

Tutkimuksen toteutusmenetelmäksi valittiin kysely. Tutkimusmuoto, jota tutkimuksessa käytettiin oli alusta asti selvä. Koettiin, että tällä tutkimusmuodolla on helpompi saada tutkimukseen osallistujia, eikä tutkimusvastausten saaminen vaadi tutkijoiden tai tutkimukseen osallistujien läsnäoloa. Kokemuksista on helpompi kirjoittaa omin sanoin, minkä avoimet kysymykset mahdollistivat parhaiten.

Hirsjärven ym. (2007, 197-199) mukaan avoimet kysymykset sallivat vastaajien ilmaista itseään omin sanoin, kun taas monivalintakysymykset kahlitsevat vastaajaan valmiiksi valittuihin vaihtoehtoihin. Avoimet kysymykset osoittavat vastaajien tietämyksen aiheesta, sekä mikä on keskeistä tai tärkeää vastaajien ajattelussa. Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä tietoa tosiasioista, toiminnasta tai perusteluista toiminnalle.

5.5 Aineiston keruu

Tutkimuksen tekemiseen anottiin lupa tutkimukseen osallistuvien hoitajien työnantajien edustajilta. Hoitajilta kysyttiin henkilökohtaisesti suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Hoitajat olivat kiinnostuneita kertomaan omahoitajuudesta ja kehittämään sitä.

Tutkimuksen toteutusmuodoksi valittiin sähköpostitse tehtävä kyselytutkimus (n=3). Kyselylomakkeiden täyttämiseen varattiin aikaa 1,5 viikkoa, mikä oli riittävä. Aluksi tutkimukseen osallistuvia hoitajia oli kolme, mutta riittävän kattavien vastausten saamiseksi kysyimme tutkimukseen osallistujiksi vielä kaksi hoitajaa lisää.

Tutkimukseen osallistuville hoitajille lähetettiin kyselylomake (n=3) sähköpostitse. Sähköpostin kautta tehtävä kysely oli vähemmän hoitotyötä häiritsevä, jolloin kysymyksiin on helppo ja nopea vastata. Tämä kannusti hoitajia vastaamaan. Tarvittaessa pystyttiin esittämään helposti lisäkysymyksiä, eikä erilaisista käsialoista tullut väärinymmärryksiä.

Kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä tietoa tosiasioista, toiminnasta tai perusteluista toiminnalle. (Hirsjärvi ym. 2007, 197-199) Avoimen kysymysvaihtoehdon avulla ajatellaan saatavan esiin näkökulmia, joita tutkija ei ole osannut etukäteen ajatella. (Hirsjärvi ym. 2007, 201.) Hirsjärvi ym. (2007, 202-203) toteaa tärkeiksi asioiksi kyselylomakkeen laadintaa ajatellen selkeyden, kysymysten järjestyksen ja lyhyet kysymykset.

Tutkimukseen laatimassamme kyselylomakkeessa on avoimia kysymyksiä, koska niihin on mahdollista kirjoittaa omia kokemuksia omahoitajuuden toteuttamisesta, haasteista ja kehittamisestä.

5.6 Aineiston analyysi

Luimme sairaanhoitajien palauttamat kyselylomakkeet. Lukemalla kyselylomakkeet saimme käsityksen heidän kokemuksistaan omahoitajuudesta ja sen kehittamisestä. Kyselyyn osallistuneet kirjoittivat vastauksensa nimellisinä. Kyselylomakkeessa kysyttiin minkälaisia kokemuksia hoitajalla on omahoitajuudesta, mitä hän koki edistävinä ja estävinä tekijöinä omahoitajuuden toteuttamiselle sekä mitä kehittämisideoita hänellä oli omahoitajuuteen.

Hoitajien kirjoittamat vastaukset analysoitiin aineistolähtöisesti eli induktiivisesti, sisällön analyysimenetelmää käyttäen. Induktiivinen aineiston analyysi eteni siten, että hoitajien

kirjoittamista vastauksista eroteltiin tutkimustehtäviin liittyviä samaa tarkoittavia ilmaisuja ja ryhmiteltiin nämä ensi vaiheessa sisällöllisesti eli vastaukset jaoteltiin ensin alaluokkiin, sen jälkeen yläluokkiin ja pääluokkiin.

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on koko tutkimuksen ydin. Millaisia vastauksia ongelmiin saadaan, selviää analyysivaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Kyngäksen & Vanhasen (1999, 5) mukaan voidaan edetä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai lähtien liikkeelle jostakin aikaisemmasta käsitejärjestelmästä, jota hyväksikäyttäen aineistoa analysoidaan.

Luokkien muodostuminen oli prosessi, jossa ryhmittelimme samaan aihepiiriin kuuluvat asiat yhteen. Alaluokat ovat koostuneet aineistosta pelkistetyistä ilmauksista. Ilmaukset eivät ole suoria lainauksia, vaan niitä esittelemme tuloksissa esimerkkeinä.

Alaluokat jakautuivat yläluokiksi ja yläluokat pääluokiksi. Kuviossa 1 esittelemme tutkimuksen päätulokset eli seuraavissa alaluvuissa esiintyvien taulukoiden yläluokat.

Tulokset jakautuivat seuraaviin luokkiin: luonne, ammattitaito, vuorovaikutus, yhteistyö, hoitoyhteisö, onnistumiset, epäonnistumiset ja estävät tekijät, hoitosuhde, haasteet, edistävät tekijät, tunteet, omahoitaja, omahoitajuus, koulutus ja kehittäminen.

Pelkistetty ilmaus

Alaluokka

Pääluokka

Taulukko 1

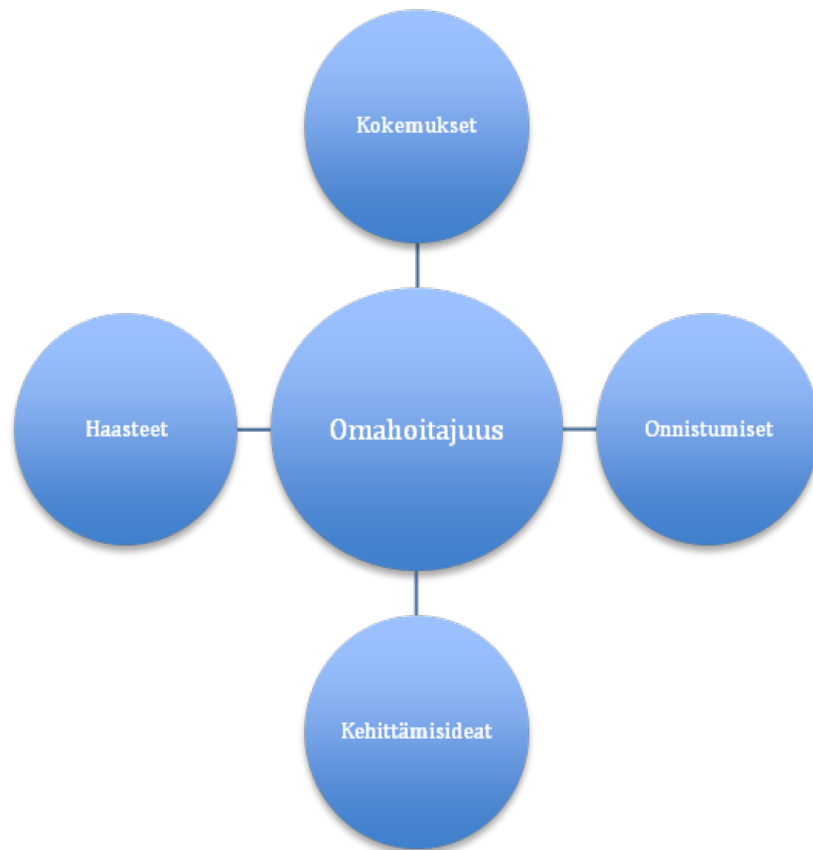
<ul style="list-style-type: none"> - Reaktioiden kuuntelu - Erilaiset mielipiteet - Työkaverit auttavat jaksamaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Työyhteisön merkitys 	<ul style="list-style-type: none"> - Kokemuksia omahoitajuudesta
--	--	---

Taulukko 2

<ul style="list-style-type: none"> - Vuorovaikutus - Yhdessä tekemisen meininki - Hoitajan avoin ja aito mielenkiinto - Luottamus 	<ul style="list-style-type: none"> - Onnistumisen edellytykset 	<ul style="list-style-type: none"> - Onnistumisen kokemukset
---	---	---

Kylmän ja Juvakan mukaan (2007) aineistolähtöinen analyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymysten asettelu ohjaavat.

6 TUTKIMUSTULOKSET



Kuvio 1 Keskeiset tulokset lyhyesti

Kuvion 1 avulla esitettiin tutkimuksen neljä omahoitajuutta kuvaavaa tekijää: 1. Kokemuksia omahoitajuudesta potilaan ja hoitajan välisessä hoitosuhteessa sekä työyhteisön toimivuuteen liittyen, 2. Omahoitajuuden haasteita, 3. Omahoitajuudessa onnistumisia sekä 4. Omahoitajuuden kehittämisideoita.

- 1. Kokemuksia omahoitajuudesta potilaan ja hoitajan välisessä hoitosuhteessa sekä työyhteisön toimivuuteen liittyen**

Pääpiirteittäin voidaan sanoa, että hoitajilla on hyviä kokemuksia omahoitajuuden toteuttamisesta ja tärkeimpinä kokemuksina ovat jääneet mieleen hoitosuhteessa onnistuminen, hoitoyhteisön toimivuus, toimiva vuorovaikutus sekä potilaan ja hoitajan välinen luottamus.

Kyselyssä tuli ilmi, että epäonnistuneet hoitosuhteet oli koettu rikastuttavina ja opettavaisina. Epäonnistumiset hoitosuhteissa opettavat toimimaan jatkossa toisella tapaa tai etsimään uusia keinoja asioiden toteuttamiseen.

- *ns. epäonnistuneet omahoitajakokemukset voivat rikastuttaa asiakkaan elämänkatsomusta – samoin hoitajan.*
- *Ne ”vaikeat” potilaat sitten opettavat eniten hoitotyöstä ja yleensä ihmisyydestä.*

Hyvien työkavereiden merkitys korostui omahoitajuuden toteuttamisessa. Hoitajat kokivat tärkeänä hyvän hoitoyhteisön ja että työyhteisön kanssa voi käydä keskustelua potilaan asioista. Omahoitaja ei välttämättä näe omassa potilaassaan sitä, mitä jokin toinen hoitaja näkee. Potilas voi kertoa asioistaan uskottavasti ja erilaisia asioita eri hoitajille.

- *On tärkeä kuunnella hoitoyhteisön reaktioita ja kommentteja potilaasta, ettei itse lähde liikaa mukaan potilaan juttuihin.*

Hoitaja kertoi, että pienet onnistumiset palkitsevat ja hän on oppinut nauttimaan niistä suunnattomasti. Potilaalle pienet asiat voivat olla merkityksellisiä ja isoja hänen elämässään. ja *”omahoitajana tulee ottaa huomioon potilaalle tärkeät asiat vaikka ne tuntuisi itselle vähäpätöisiltä.”* Sen vuoksi on tärkeää hoitajana huomioida pienten asioiden merkitys potilaan kokonaisvaltaisessa hoitotyössä.

Hoitajat kokevat hoitosuhteessa keskustelun olevan työn parasta antia, mutta joidenkin potilaiden kanssa luottamuksellisen suhteen luominen voi viedä kauemmin aikaa. Kun potilaan ja hoitajan välinen luottamus on saavutettu on keskustelu luontevampaa. Keskustelu ei kuitenkaan aina vie hoitosuhdetta eteenpäin, sillä *”on myös niitä potilaita, jotka eivät halua / kykene käymään tasavertaista keskustelua. Silloin hoitajan täytyy keksiä muita keinoja viedä hoitosuhdetta eteenpäin. Esim. toiminnan kautta.”*

2. Omahoitajuuden haasteita

Mikäli potilas ei toimi hoitajan toiveiden mukaisesti, saattaa hoitajien mukaan syntyä turhautumisen tunteita potilasta kohtaan. *"Aina ei hoitajien mukaan henkilökemiat kohtaa ja yhteistä säveltä ei löydy."* Lisäksi *hankalat omaiset* voivat tuoda oman haasteensa potilaan hoitoon. *"Usein haastavat omaiset ovat korkeasti koulutettuja tai hoitoalan ihmisiä."* He saattavat hoitajien mukaan kertoa, *"kuinka hoidon pitää tapahtua tai valittavat joka asiasta."* Suurimmat vaikeudet koetaan alaikäisten potilaiden omaisten kanssa.

Hoitajien mukaan haastavina hoitokokemuksina koetaan potilaiden rankat ja traumaattiset elämäntapahtumat, potilaan heikko psyykkinen kunto (*hoidon vastainen ja/tai eristäytyvä*) sekä potilaan motivaation puute. Omahoitajana toimiminen on hoitajien mukaan haastavaa, jos potilas on sairaudentunnoton. Seuraava kommentti kuvaa asiaa hyvin: *"Joskus tuntuu, ettei kerta kaikkiaan ole mitään keinoja jolla voisi auttaa potilasta tai potilas ei halua ottaa apua vastaan."* Mikäli hoitosuhde on pitkä, eikä edistymistä hoidossa tapahdu, vaatii se hoitajilta pitkää pinnaa ja kärsivällisyyttä.

Sairaalamailma koetaan joskus byrokraattisena. Myös työyhteisössä voi olla eriäviä näkemyksiä potilaan hoidosta ja osasto voi asettaa rajoja toiminnalle. *"Omahoitajuutta voi hoitajien mukaan vaikeuttaa liian hierarkinen tai jäykkä työyhteisön "systeemi".*" Hoitajien täytyy hoitaa myös työn rutiinitehtävät sekä muut velvollisuudet ja potilaat. Hoitajat kokevat, että joku muu voi päättää ajamasi asian toisin: *"Asiat ei vaan aina mene niin, miten itse ajattelisi."*

Joskus hoitajat kokevat, että omahoitajuudelle ei ole riittävästi aikaa. Myös rauhallisen tilan puute koetaan haastavana.

3. Onnistumisen kokemukset

Ensimmäiseksi asiaksi hoitajat nostavat omahoitajuuden edistämisen luottamuksen saamisen potilaan ja hoitajan välille. Hoitajan avoin ja aito mielenkiinto asiakkaan tilannetta kohtaan koetaan edistävän toimivaa vuorovaikutusta. Omahoitajan täytyy myös itse olla kiinnostunut ja uskoa asian hyödyllisyyteen. Ammattitaitoon koetaan kuuluvan myös elämäkokemus.

Kyselyssä kävi ilmi, että helpointa omahoitajatyöskentely on silloin, kun potilas itse on aktiivinen, hoitomyönteinen ja tuo esille ongelmiaan ja niitä sitten yhdessä mietitään hoitajan kanssa. Erään vastauksen mukaan hoitajan täytyy uskoa, että myös hänellä on paljon opittavaa potilaalta. *"On pyrittävä luonnolliseen vuoropuheluun, eikä yksipuolisiin määräyksiin. Myös potilaan vaikeat asiat ja kritiikki on otettava käsittelyyn. Avoimuus, suoruus ja rehellisyys ovat tärkeitä kulmakiviä."*

Hoitajat ovat sitä mieltä, että asiakasta ja hänen sosiaalista verkostoaan tulee kunnioittaa. Omaisten aktiivisen mukana olon koetaan edistävän potilaan hoitotyötä.

Hoitajat kokevat työyhteisön tuen ja keskustelut potilaan asioista omahoitajuudelle tärkeäksi. Hoitajien mielestä on tärkeää, että koko työyhteisö tietää, kuka on kenenkin omahoitaja ja tukee tätä suhdetta. Hoitajien mukaan voi olla yksinäistä, jos ei ole työryhmää, jonka kanssa jakaa ajatuksia ja kysyä tukea, apua ja neuvoja tarvittaessa. *"Hyvä kollegiaalinen tuki on myös tärkeä elementti työntekijän jaksamisen kannalta."*

Erilaiset syventävät opinnot koetaan auttavina uusina keinoina omahoitajatyöskentelyyn. Hoitajat kokevat, että jokaisen joka työskentelee mielenterveysalalla ja toimii omahoitajana olisi hyvä käydä säännöllisesti työnohjauksessa. Omahoitajuutta edistäväksi koetaan se, kun pystyy antamaan aikaa omahoitajan tehtävien toimittamiseen.

4. Omahoitajuuden kehittämisideoita

Hoitajat kokevat, että omahoitajan tehtävien toimittamiseen on liian vähän aikaa koska *hoitotyöhön kytketään mukaan kaikkea krääsää ja ylimääräisiä tehtäviä, jotka etäännyttävät hoitajaa potilaasta.* Omahoitajuuden parempi toteuttaminen vaatii lisää resursseja, jolloin jäisi enemmän aikaa oman potilaan hoitoon.

Hoitajat kaipaavat enemmän sairaalan ulkopuolista toimintaa, koska he ovat huomanneet sairaalan ulkopuolisen keskustelun ja virikkeiden vaikutuksen potilaan hoitoon ja mielialaan. Kustannussyistä sairaalan ulkopuolinen toiminta ei ole mahdollista niin usein kuin potilas sitä tarvitsisi ja hoitaja haluaisi sitä potilaalleen tarjota.

- *Keskustelu on luontevampaa sairaalan ulkopuolella ja virikkeet piristää monesti potilasta*

Vastauksissa tuli esiin myös koulutuksen tärkeys, koska sillä parannettaisiin omahoitajatyöskentelyä ja sieltä saisi uusia työkaluja omahoitajuuden toteuttamiseen. Jokaisen työnantajan pitäisi järjestää työhönsä työntekijöilleen säännöllisesti.

Jotta säilyttäisi hoitajan aidon kohtaamisen asiakkaan kanssa, tulisi itseään työntekijänä jatkuvasti kehittää. Asiakasta pitää jaksaa kuunnella jatkuvasti. Työohjauksen koettiin olevan paikallaan silloin, jos asiakasta ei jaksa kuunnella.

Vinkkikansio eri menetelmistä omahoitajuuden hyödyntämisessä tuli hyvänä esimerkkinä erään hoitajan vastauksista. Toinen hoitaja mainitsi että joskus tuntuu, ettei kerta kaikkiaan ole mitään keinoja jolla voisi auttaa potilasta. Vinkkikansiosta jokainen hoitaja saisi hyviä neuvoja ja vinkkejä omahoitajuuden toteuttamiseen haastavien potilaiden kanssa. Uudet hoitajat saivat kansiosta paljon hyödyllistä tietoa ja apua.

Useassa vastauslomakkeessa otettiin esille potilaan ja hoitajan välinen riippuvuussuhde. Liiallisen potilaan sitouttamisen hoitajaan koettiin olevan riski esimerkiksi lomien aikana, minkä vuoksi koettiin tärkeänä kannustaa omaa potilasta toimimaan myös muiden hoitajien kanssa. Potilaan asiat voivat seistä pitkän aikaa, jos hoitaja on esimerkiksi monta viikkoa lomalla. Yleensä omahoitaja vastaa isommista päätöksistä.

Hoitosuhteesta pyritään luomaan luottamuksellinen työskentelysuhde, jossa sekä hoitajan että potilaan on "helppo olla". On tärkeää, että potilas ja hoitaja ymmärtävät toisiaan ja suhde perustuu luottamukseen, koska *hoitosuhde on se, mitä potilaalta loppujen lopuksi jää hoitojaksolta mieleen.* Hyvään hoitosuhteeseen kannattaa panostaa jokaisen potilaan kanssa, koska hoitosuhteen koettiin olevan hoitotyön tärkein elementti.

Ja koska hoitosuhde on hoitotyön tärkein elementti, kysyikin eräs hoitaja, saavatko opiskelijat tarpeeksi työkaluja omahoitajatyöskentelyyn?

- *Asiakkaan omiin voimavaroihin tulisi luottaa entistä enemmän*

Hoitajan täytyy tarkkailla potilaan voimavaroja ja sopivissa määrin käyttää niitä hyödyksi potilaan hoidossa. On tärkeää uskaltaa luottaa potilaaseen ja hänen voimavaroihinsa.

7 KESKEISTEN TULOSTEN TARKASTELU AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN JA KIRJALLISUUDEN MUKAAN

Tutkimukseen osallistuneilla hoitajilla oli omahoitajuudesta toimivia kokemuksia. Onnistuneista omahoitajuuden kokemuksista hoitajat nostivat esille ammatilliseen auttamissuhteeseen liittyviä asioita, kuten ansaittu luottamus, toimiva vuorovaikutus, kiinnostus ja usko asian hyödyllisyyteen ja yhdessä tekemisen meininki. Myös epäonnistumisia pidettiin rikastuttavina ja opettavaisina. Potilaan pienten onnistumisten huomioimista pidettiin hoitosuhteessa tärkeänä. Potilaiden tunteiden ilmaiseminen sallittiin ja epäonnistumiset koettiin rikastuttavina ja opettavaisina myös hoitajille. Toimivaa keskustelua pidettiin parhaana työn antina, mutta joskus hoitosuhdetta jouduttiin edistämään toiminnan kautta. Hoitajien elämäkokemus koettiin osaksi ammattitaitoa.

Hoitajien kokemusten mukaan hoitoyhteisön hyvä toimivuus auttoi jaksamaan omahoitajuudessa paremmin. Työyhteisöllä esimerkiksi erilaisten reaktioiden kuuntelussa ja mielipiteiden esittämisessä koettiin olevan merkitystä omahoitajuuden toimivuudelle. Muiden hoitajien mielipiteet esimerkiksi auttoivat, ettei lähtenyt liikaa mukaan "potilaan juttuihin".

Hoitajan ja potilaan välisestä hoitosuhteesta sanotaan, että se on auttamistilanteen sydän. (Pearson 1991,74-75; Suonsivu 1993, 11; Munnukka 1993, 1, 86-87.) Yksittäisen potilaan hoitoon liittyvät asiat hoitaa ensisijaisesti yksi hoitaja, potilaan ollessa hoidossa ja hoitosuhde on myös hoitofilosofia, johon kuuluu tasa-arvoinen yhteistyösuhde, pohjana myönteinen vuorovaikutus. (Hegevary 1991, 17-18; Pukuri 1997, 1-2, 7-8.) . Suonsivun (1993, 11) mukaan omahoitaja kunnioittaa, kuuntelee potilasta ja hoitosuhde voi muodostua merkitykselliseksi, jossa ilmenee avoimuus ja yhteinen päätöksenteko. Munnukan (1993, 1, 86-87) mukaan potilas ajatellaan arvokkaaksi, ainutkertaiseksi, yksilölliseksi, itseä koskevia ratkaisuja tekäväksi persoonaksi ja hoitaja auttaa potilasta tekemään etunsa mukaisia ratkaisuja, kokonaisvaltaisuuden periaatteen ohjatessa hoitotyötä.

Pukurin (1997, 1-2, 7-8, 15-25) mukaan omahoitaja on yhteiskumppani auttaen kasvamaan potilasta tarvitsemaansa suuntaan. Yhteistyösopimuksen pohjalta potilas valtuuttaa hoitajan edustajakseen. Munnukan (1993, 14) mukaan yhteistyösuhteessa työskennellään valittujen päämäärien saavuttamiseksi. Pirin (2011, 4) mukaan omien tunteiden käsittely ja hallinta on

tärkeää omahoitajuudessa ja työntekijän persoona on psykiatrisessa hoitotyössä tärkein työväline.

Haasteina omahoitajuudessa koettiin potilaan, hoitajan ja työyhteisön välinen yhteistyö. Omahoitaja saattoi kokea turhautumisen tunteita, kyvyttömyyttä auttaa, henkilökemioiden toimimattomuutta ja eriäviä näkemyksiä. Työyhteisössä saattoi ilmetä byrokraattisuutta, toiminnan rajoituksia, liikaa rutiinitehtäviä ja velvollisuuksia. Muiden potilaiden hoitaminen saattoi viedä aikaa omahoitajuudelta. Ajan ja rauhallisen tilan puute saattoivat toimia esteinä omahoitajuuden hyvälle toteuttamiselle.

Kortesvuon (1998, 72-76) ja Välimäen (2000, 70-71) mukaan omahoitajakäytäntö alkoi joissakin psykiatrisissa sairaaloissa 1960-luvun lopulla ja yleisemmin 1970-luvulla. Alkuaikoina omahoitajan tai omahoitajaparin tehtäviin kuului mm. potilaiden vaatehuollosta ja kauppa-asioista huolehtiminen työnjaon ollessa tehtäväkeskeistä. Osastojen tarkkoihin rutiineihin kuuluivat mm. potilaiden suihkutuspäivittäin, kylpypyyhkeiden vaihto kerran viikossa, tupakan jako ja tulen anto sekä puhtaan pyykin laittaminen liinavaatevarastoon. Nykyään hoitotyössä saattaa ilmetä hoitajapulaa esimerkiksi taloudellisesta tilanteesta johtuen (säästövapaat, lomautukset, sijaisten ottokielto), jolloin ns. rutiinitehtäviä voidaan joutua myös näistä syistä yhä enemmän tekemään.

Psykiatrisissa sairaaloissa alettiin 1970-luvulla etsiä vastausta kysymykseen, miksi hoitotyötä tehdään. Terapiasuhteesta otettiin mallia ja hoitotyön sisältöön ja laatuun, empaattisuuteen ja potilaan kanssa keskusteluun alettiin kiinnittää huomiota.

Todettiin, että omahoitajan ei välttämättä ole hyvä olla mukana potilaan pakkotoimissa, koska se voisi vaikuttaa kielteisesti hoitosuhteeseen. (Kortesvuo, 1998, 76.) Psykiatrisen alan hoitotyöntekijät opiskelivat 1970-luvulla Kiikkalan & Munnukan (1997, 21-22) mukaan enenevässä määrin erilaisia psykologiassa ja psykiatriassa kehitettyjä terapioita. Hoitajat alkoivat ohjata erilaisia ryhmiä osastoilla, mm. keskustelu- ja talousryhmiä.

Pihlajaniemen (2011, 2) mukaan omahoitajuuden toteutuminen nuorisopsykiatrisessa hoitotyössä perustui kahden hoitajan työparityöskentelyyn, joista toisen vastuulla on vuorovaikutuksellisen hoitosuhteen luominen ja ylläpito potilaan kanssa ja toinen toteuttaa omahoitajuutta koordinoimalla potilaan hoitoon liittyviä käytännön asioita. Tutkimuksen mukaan omahoitajan ja

potilaan välinen vuorovaikutuksellinen hoitosuhde on oleellinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

Potilaan ja hoitajan välisestä onnistuneesta yhteistyöstä olivat esimerkkejä vaikeasti oireilevan potilaan kuntoutuminen ja asiakkaan onnistumisen kokemukset. Onnistumisia edisti hyvä vuorovaikutus, luottamuksellisuus, hoitajan aito ja avoin mielenkiinto asiakkaan tilannetta kohtaan, usko asian hyödyllisyyteen ja yhdessä tekemisen meininki. Hoitajien elämäkokemus koettiin osaksi ammattitaitoa.

Onnistumista edistävinä tekijöinä koettiin potilaan oma aktiivisuus, hoitomyönteisyys ja oma ongelmien esille tuonti, joita yhdessä hoitajan kanssa mietitään. Omaisten aktiivinen mukana olo nähtiin tärkeänä. Jaksamista edistävinä nähtiin työyhteisön tuki ja yhteiset keskustelut potilaan asioista, syventävät opinnot omahoitajuudesta ja työnohjaus.

Pihlajaniemen (2011,2) tutkimuksen mukaan hoitajat saavat tukea omahoitajana toimimiseen sekä työyhteisöstä että työnohjauksesta. Omahoitajuutta edistäviksi tekijöiksi koettiin erilaiset koulutukset, riittävät resurssit osastolla sekä hoitajien kokemus omahoitajuudesta. Omahoitajuutta estäviksi tekijöiksi nousivat riittävän koulutuksen ja kokemuksen puute sekä ajan puute. Keskeisimmiksi kehittämishaasteiksi omahoitajuudessa esitettiin koulutuksen lisäämistä etenkin aloitteleville hoitajille, hoitajien päätösvallan lisäämistä sekä riittävän kokemuksen kartuttamista omahoitajuudesta.

Vastuullisuuden mukaan omahoitaja vastaa oman potilaansa hoidosta koko hänen sairaalassaoloajan suunnitelmallisuuteen ja kokonaisvaltaisuuteen pyrkien. Omahoitaja on vastuullinen toimistaan potilaalle, omaisille ja hoitoyhteisölle. Autonomia merkitsee yksilövastuussa hoitotyössä toimivaltaa ja itsenäistä päätöksentekoa. Omahoitaja toimii omien potilaidensa itsenäisenä asiantuntijana. (Pukuri 1997, 1-2, 7-8, 15-25; Perkkinen 1998, 72-78.)

Potilaskeskeisyyden mukaan potilas osallistuu mahdollisuuksien mukaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon hoidon eri vaiheissa. Potilaan hoitoa koskevat ratkaisut tehdään yksilöllisesti, potilaan tarpeista lähtien. Potilaan toiveet huomioidaan hoitotyön suunnitelmassa ja hän ohjaa omaa hoitoaan. (Perkkinen 1998, 72-78; Pukuri 1997, 1-2, 7-8, 15-25.) Puolakan (2002, 1) mukaan 1990-luvulla yksilövastuinen hoitotyö tuli selkeämmäksi ja systemaattisemmaksi

psykiatrisessa laitoshoidossa. Potilaille tuli omat hoitotyön suunnitelmansa ja potilaat osallistuivat hoitoaan koskevaan päätöksentekoon.

Koordinoinnilla omahoitaja ohjaa potilaan hoitotyötä ja kokonaishoitoa yhteistyössä omaisten ja muiden ammattiryhmien kanssa. (Pukuri 1997, 1-2; 7-8; 15-25.) Kaikilla potilasta hoitavilla on yhteiset tiedot ja käsitykset potilaan hoitotyöstä omahoitajan tiedottaessa hoitosuunnitelmasta ja potilaan voinnista. Kaikkien ollessa tietoisia potilaan tavoitteista turvataan hoidon jatkuvuus. Näin tarvittava tieto välittyy henkilöltä toiselle, työvuorosta ja yksiköstä toiseen. (Pukuri 1997, 1-2, 7-8, 15-25.) Omahoitaja pyrkii sovittamaan kaikkien hoitoon osallistuvien työntekijöiden toiminnan potilaan kannalta tarkoituksenmukaisesti. (Parkkinen 1998, 17-18.)

Raisio-Ruskossa kehitettiin omahoitajamallia kotihoidon asiakkaiden keskuudessa. Jokaisella kotihoidon asiakkaalla oli omahoitaja, joka toteutti, koordinoi, kantoi vastuuta sekä suunnitteli asiakkaansa hoitoa kotihoitotiimin sairaanhoitajan tuella. Tällöin hoito oli yksilöllisempää, mikä koettiin tärkeänä, vaikka omahoito alussa tuotti lisätöitä. (Kiviharju 2010, 1.) Omasta jaksamisesta huolehtiminen on tärkeä, monitahoinen, koko elämän kestävä prosessi. Omasta jaksamisestaan huolehtiminen lisää kykyä olla paremmin läsnä asiakkaille. *”Itsestä huolehtimista pidetään jokaisen ihmisen velvollisuutena, mutta aivan erityisesti niiden, joiden työnä on palvella tai hoitaa muita”* (Baker 2005, 6-9)

Kehittämiskohteissa nostettiin esille hyvän hoitosuhteen edelleen kehittäminen ja potilaan omien voimavarojen huomioiminen. Riippuvuuden vähentämiseksi omasta hoitajasta pidettiin tärkeänä potilaan hoitosuhdetta myös muiden hoitajien kanssa. Hoitajan ammattitaidon parantaminen kouluttautumisen avulla nähtiin tärkeänä. Myös opiskelijoille toivottiin riittävien työkalujen saamista omahoitajuudesta koulutuksessaan. Jaksamisen edistämistä työnohjauksen avulla pidettiin tärkeänä.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Omahoitajatyöskentelyyn on varattu liian vähän aikaa. Omahoitajuuden kehittäminen vaatii lisää rahaa ja resursseja. Omahoitajuutta voidaan kehittää pienillä asioilla, kuten esim. kahden omahoitajan asettamisella yhdelle potilaalle. Kun jokaisesta potilaaseen liittyvästä asiasta päätettäisiin yhdessä työkaverin kanssa, saataisiin siinä samalla työkaverin tuki, mikä monessa vastauksessa tuli ilmi. Hoitovirheetkin varmasti vähenisivät.

Tutkimuksessa tuli esimerkiksi ilmi, miten potilaan asioiden hoitaminen venyy, jos omahoitaja on lomalla. Kaksi omaa hoitajaa mahdollistaisi sen, että potilaan hoito etenisi myös loma-aikoina. Tämä ei välttämättä edes lisäisi kustannuksia. Jokainen hoitopäivä on kallis, minkä vuoksi hoidon pitäisi olla erityisen tehokasta ja hyvin toteutettua.

Kirjaaminen pitää tehdä tarkasti ja se vie ison osan hoitajien ajasta. Tämä aika olisi hyvin siirrettävissä potilaiden hoitoon. Omahoitaja tarvitsisi tietyn ajan viikossa jonka hän voisi viettää omien potilaidensa kanssa. Usein käy niin, että ensin tehdään muut työt ja sitten jos jää aikaa, ollaan oman potilaan kanssa. Aina pitää huomioida resurssit, paljonko henkilökuntaa tänään on töissä, mitä työtehtäviä kullekin päivälle on määrätty ja pakolliset työtehtävät tulee myös hoitaa. Tämä taas vaatisi lisää henkilökuntaa. Keskustelu on tärkeä osa potilaan hoitoa psykiatrisessa hoitotyössä ja keskustelu vie aikaa.

Kokeneilla hoitajilla on paljon annettavaa nuorille tulokkaille, koska heillä on kokemuksia monenlaisista haasteista ja omahoitajuudessa kohdatuista ongelmista. Kokenutkaan hoitaja ei aina koe onnistuneensa hoitosuhteessa ja siksi onkin tärkeää, ettei nuorelle hoitajalle tule liiaksi paineita hoitosuhteessa epäonnistumisesta tai siitä, kuinka hoitosuhdetta pitäisi toteuttaa. Nuorelle hoitajalle on tärkeää, että hän tietää voivansa turvautua ja tukeutua kokeneeseen hoitajaan vastoinikäymisten kohdatessa tai apua tarvitessaan.

Kokemusperäinen tieto voidaan saada siirtymään esimerkiksi sellaisessa tilanteessa, jossa uusi hoitaja tulee taloon ja kokeneet hoitajat kirjoittavat parhaat vinkkinsä omahoitajuuden toteutuksesta. Tämän jälkeen osastotunnilla voidaan käsitellä vinkkejä, joita hoitajat voisivat avata sanallisesti lisää uudelle hoitajalle. Jokainen hoitaja kirjoittaisi 5-10 vinkkiä uudelle hoitajalle, tämän ei pitäisi tuntua liian suurelta työmäärän lisäykseltä kenellekään, mutta olisi kuitenkin suureksi hyödyksi ja avuksi uudelle hoitajalle hänen aloittaessa työnsä.

Huolellinen perehdytys on kaiken perusta hyvään tiedon siirron kulkuun. Yleensä yksi henkilö perehdyttää uutta työntekijää useampana päivänä, mikä mielestämme on sinänsä hyvä toteutusmalli, ettei informaatiota tule liikaa kerralla. Liika informaation tuominen kerralla on turhaa, koska uusi työntekijä ei pysty omaksumaan kaikkea kerralla. Siksi on parempi, että muutama asia perehdytetään hyvin, kuin liian monta asiaa huonosti. Mielestämme kuitenkin parempi perehdytys toteutuisi niin, että kaksi henkilöä perehdyttäisi uutta työntekijää, koska jokaisella hoitajalla on jotakin uutta annettavaa uudelle työntekijälle.

Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme, että hoitajilla olisi tiedossa, miten potilasta hoidettaisiin parhaalla mahdollisella tavalla, mutta liian vähäiset resurssit estävät tämän toteuttamisen. Luonnollisesti parhaaseen hoitotulokseen pyritään pääsemään käytettävissä olevilla resursseilla.

Nykyaikana päätökset tehdään paljolti isossa ryhmässä, jolloin vastuu jakaantuu eri henkilöille ja saadaan mahdollisimman hyvä päätös tehtyä. Omien työkokemusten kautta on tuttua, että työkokemuksen myötä hoitaja oppii hyödyntämään erilaisia vuorovaikutus- ja haastattelutekniikoita potilaan kanssa, koska kaikkien potilaiden kanssa hoitosuhde ei etene, jos tasavertaisen vuorovaikutuksen käyttäminen ei onnistu.

Ne käsitykset, mitkä itse olemme saaneet omahoitajuudesta ja sen kehittämisestä, eivät juuri muuttuneet opinnäytetyötä tehdessämme. Paljon oli tuttua asiaa, joka ennalta oli jo tiedossa, mutta opinnäytetyön tekeminen antoi varmuutta tulevaan hoitotyöhön.

Miten koulutuksella saadaan omahoitajuutta ja omahoitajia paremmaksi? Omahoitajien ja omahoitajuuden saamista paremmaksi koulutuksen avulla edistävät useat käytännön harjoitukset, omahoitajakeskustelut, neuvottelut, haastattelut, potilaiden hoitaminen potilaskertomusten avulla, luennot, jossa luennoitsijalla on omakohtaista kokemusta potilaan

asemassa olemisesta. Hän osaa hyvin kertoa, minkälaista apua hän toivon saavansa, minkälainen merkitys hoitajalla ja hänen sanomisillaan on ja millä tavalla autettuna hän ei ainakaan lähde hoitajan kanssa ”samaan kelkkaan”.

Työnohjauksella pyritään ratkaisemaan työssä tulleita ongelmia ja puuttumaan työntekijöiden mielessä oleviin epäkohtiin. Työnohjauksella saadaan työntekijään motivaatio ja suhtautuminen työhön oikeanlaiseksi. Työnohjauksella pyritään selvittämään työnkuvaa, jolloin työ tekeminen helpottuu ja saadaan parempia tuloksia itse työstä. Työnohjauksella pystytään keventämään hoitajan henkilökohtaista taakkaa raskaasta omahoitajan työstä.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kylmä & Juvakka (2007, 128-129) määrittelevät laadullisen tutkimuksen kriteereiksi uskottavuuden, vahvistettavuuden, reflektiivisyyden ja siirrettävyyden.

8.2.1 Tutkimuksen luotettavuus

Uskottavuudella Kylmän & Juvakan (2007) mukaan tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen jälkeen tarkastelemme tutkimustuloksia ja pohdimme vastaavatko ne tutkimukseen osallistuvien käsityksiä tutkimuskohteesta. Teoksessa todetaan lisäksi, että tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Tutkimuksen *uskottavuutta* lisää se, että olemme olleet riittävän pitkään tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Omahoitajuudesta on tehty paljon tutkimuksia, sekä potilaiden että hoitajien kokemuksia on tutkittu, mutta tietääksemme ei ole tutkittu hoitajien kokemuksia sekä avo-, että sairaalatyöstä samassa tutkimuksessa.

Tutkimukseen *vahvistettavuuteen* vaikuttaa se, miten informatiivisesti tutkimusprosessi on kuvailtu. Olemme pyrkineet kuvailemaan tutkimuksen eri vaiheet mahdollisimman ymmärrettävästi, niin että toinen tutkija pystyy seuraamaan tutkimusprosessin kulkua pääpiirteittäin. Laadullisen tutkimuksen luonne on sellainen, että toinen tutkija saattaisi päätyä

erilaisiin tulkintoihin saman aineiston perusteella. Erilaisiin tulkintoihin päätyminen lisää usein ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä, eikä tarkoita luottamusongelmaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Reflektiivisyyteen olemme vaikuttaneet suhtautumalla tutkimusaiheeseen ilman ennakkokäsityksiä, vaikka aiheesta on tehty useita tutkimuksia aikaisemmin. Tutkimuskysymyksiä meillä on kolme, jotka ovat avoimia kysymyksiä ja uskomme, että saamme avoimia kysymyksiä kysyttäessä kattavan ja arvokkaan aineiston. Opinnäytetyötä tehdessämme tutkimustehtävä ohjaa analyysia.

Siirrettävyyttä olemme pyrkineet vahvistamaan kertomalla aineistonkeruumenetelmästä, tutkimukseen osallistujista ja tutkimuksen toteutusympäristöstä. Näiden avulla lukija pystyy arvioimaan ovatko tulokset siirrettävissä muihin mahdollisiin vastaaviin tilanteisiin. Tuloksemme ovat kertovia, kuvailevia ja ne tuottavat uutta kokemuseräistä tietoa omahoitajuuden haasteista, toteuttamisesta ja kehittämisestä. Tieto on hyödynnettävissä erilaisissa tilanteissa, kuten omahoitajuutta kehitettäessä.

8.2.2 Tutkimuksen eettisyys

Ennen aineistonkeruun toteuttamista olemme kysyneet tutkimukseen osallistujilta henkilökohtaisesti halua osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistujat ovat ilmaisseet suullisesti halunsa osallistua tutkimukseen. Kerroimme tutkimukseen osallistujille tutkimuksen toteutuksesta, aineistonkeruun tavasta, tutkimuskysymyksistä ja aineistonkeruun ajankohdasta.

Haimme tutkimusluvut ennen aineistonkeruun toteuttamista, koska kaikki tutkimukseen osallistujat työskentelevät kahden organisaation alaisuudessa. Lähetimme tutkimukseen osallistuville yhteistyötahoille tutkimussuunnitelman luettavaksi ennen aineistonkeruuta, mistä selviää tutkimuksen kannalta oleelliset tiedot, sekä luotettavuus ja eettisyys näkökohdat.

Aineiston analyysi on tehty totuudenmukaisesti ja tietoja vääristelemättä. Tutkimustulokset on raportoimaan niin, ettei ulkopuolinen henkilö voi tunnistaa tutkimukseen osallistunutta niistä. Tutkimukseen osallistujat ovat meidän tutkijoiden tiedossa, mutta heidän anonymiteettinsä tullaan säilyttämään tutkimuksen ajan ja aina sen jälkeenkin.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Aiemmin on tehty tutkimuksia omahoitajuudesta potilaiden näkökulmasta. Huuromäki & Luukkainen (2011) ovat teoksessaan ”Päihde- ja mielenterveyspotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta” tutkineet kokemuksia potilaiden näkökulmasta. Lisäksi on tehty tutkimuksia hoitajien näkökulmasta tietyillä osastoilla. Piri (2011) on tutkinut teoksessaan ”Hoitajien kokemuksia omahoitajuudesta ja moniammatillisesta yhteistyöstä lasten psykiatrisella osastolla.” Kivistö (2008) on teoksessaan ”Omahoitajuus vanhuspsykiatrisella osastolla –hoitajien kokemuksia” tutkinut omahoitajuutta hoitajien näkökulmasta.

Kokemuksista kysyttäessä voidaan tutkimus rajata pelkästään naisiin, miehiin tai tiettyyn ikäryhmään. Omahoitajuuden kokemuksia kysyttäessä saataisiin uusi näkökulma haastattelemalla potilaan omaisia. Hoitajia haastateltaessa on vastausten saanti varmempaa, etenkin jos haastatellaan mielenterveys- ja päihdepuolen potilaita, jotka voivat olla hyvinkin sairaita.

Tutkimus, jossa olisi haastateltu sekä hoitajien että potilaiden kokemuksia samalta osastolta antaisi uutta näkökulmaa ja sillä selviäisi paremmin kuva osaston toiminnasta, minkä potilaat ja minkä hoitajat kokevat olevan hyvin, huonosti ja missä olisi kehittämisen varaa. Tutkimuksesta saattaisi tulla laajempi, mutta voisihan siihen ottaa vain muutaman potilaan ja saman verran hoitajia mukaan.

Yksi jatkotutkimusaihe voisi olla omahoitajuutta tukevan vinkkikansion tekeminen ja sen tutkiminen tuleeko sitä käytettyä ja onko siitä hoitajille hyötyä. Usein vanhat, hyväksi opitut tavat pysyvät pinnalla, vaikka uusia ja kenties paremmin toimivia ideoita olisi tarjolla.

Työmme on kvalitatiivinen, missä kyselimme hoitajien kokemuksia eikä se anna yleistävää tietoa siitä, miten omahoitajuutta eri työpaikoilla toteutetaan. Kvantitatiivisella tutkimuksella voitaisiin hyötyä siitä, jos haluttaisiin kysyä kuinka moni hoitaja esimerkiksi toteuttaa omahoitajuutta tietyn mallin mukaan.

Opinnäytetyöhömmme halusimme sekä avo- että laitospotilaiden kokemuksia, minkä vuoksi emme valikoineet kyselyyn osallistuneiksi vain yhden osaston hoitajia.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1995. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Aspinwall, L.G. & Staudinger, U.M. 2006. Vahvuuksien psykologia. Helsinki: Edita.

Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Dialogisuus ihmissuhteissa, mielenterveystyössä ja psykiatrisessa hoidossa. Nastola: Magentum.

Harkila, A. 1991. Muutosprosessi siirryttäessä omahoitajakäytäntöön. Lisensiaatin tutkimus. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Hegyvary, S.T. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Vaasa: Kirjayhtymä Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Huumonen, I. & Luukkonen, A. 2011. Päihde- ja mielenterveyspotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Potilaskysely Lahden psykiatrian poliklinikan päihde- ja mielenterveyspotilaille. Lahden ammattikorkeakoulu.

Jokinen, M. & Räsänen, K. 2000. Keskeiset mielenterveyshäiriöt, teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. (toim.) 41-67. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY.

Kiikkala, I. & Munnukka, T. 1997. Mielenterveystyö hoitotieteellisen kiinnostuksen kohteena. Hoitotyön vuosikirja 1998. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kiviharju, T. 2010. Yksilövastuisen hoitotyön toimintamallin ja omahoitajuuden käyttöönotto Raisio-Ruskon kotihoidossa. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Turun ammattikorkeakoulu.

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K. & Seppänen, U-M. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kivistö, L. 2008. Omahoitajuus vanhuspsykiatrisella osastolla – hoitajien kokemuksia. Opinnäytetyö. DIAK Helsinki.

Kortesvuo, E. 1998. Hoitotyötä osastoilla. Teoksessa Nenonen, H., Autio, M., Jyrkinen, A-R. & Rytälä, S. (toim.). Hoitotyötä Kellokosken sairaalassa. Kellokosken sairaalan julkaisuja. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki.

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Oulu University Press.

Lehtoranta, R. Vastuuhoitajamallin soveltuvuus Helsingin yliopistollisen keskussairaalan Lastenklinikan veri- ja syöpätautien osastolle. Tutkimusraportti 1. Helsingin yliopistollinen sairaala. tutkimusjulkaisuja. 1986:7. Helsinki.

Muhonen, M. 2008. Yksilövastuisen hoitotyön ja tiimityön toteutuminen Jyväskylän kaupungin terveyskeskussairaalassa. Kuopion yliopisto. Pro -gradu tutkielma.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Munnukka, T. & Aalto, P. 2003. Minun hoitajani -näkökulmia omahoitajuuteen. Vantaa: Tammi.

Mäkelä, A., Ruokonen & T., Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Nojonen, K. 1988. Psykiatristen pitkäaikaispotilaiden kuntoutuminen. Lisensiaattityö. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos.

Oulun seudun ammattikorkeakoulu. 2010. Hakupäivä 26.11.2013. Opiskelijoiden intranet.
<http://www.oamk.fi/opiskelijalle/opinnaytetyo/>

Pearson, A. (Ed) 1991. Primary Nursing. Nursing in the Bufort and Oxford nursing development units. London: Groom Helm.

Perkkinen, P. 1998. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen geriatriassa sairaalassa. Pro gradu - tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Perälä, M-L. 1986. Omahoitajamallin toteutettavuus. Kokeilu Kuopion yliopistollisessa keskussairaalassa. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja. nro 85.

Perälä, M-L. 1989. Muutos yksilövastuiseen hoitotyöhön. Vaikutukset hoitotyöntekijöiden toimintaan ja potilas-hoitajavuorovaikutukseen. Lisensiaattityö. Kuopion yliopisto.

Perälä, M-L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta - strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä: Stakes.

Pihlajaniemi, R. 2011. Omahoitajuus nuorisopsykiatriassa hoitotyössä hoitajien kokemana. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Piri, M-N. 2011. Hoitajien kokemuksia omahoitajuudesta ja moniammatillisesta yhteistyöstä lasten psykiatrisella osastolla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Pukuri, T. 1997. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen hoitohenkilöstön arvioimana. Tampere: Tampereen yliopistollisen sairaalan painatuskeskus.

Punkanen, T. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.

Puolakka, K. 2002. Omahoitajatyöskentelystä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Hoitotyön kehityksestä Harjavallan sairaalassa vuosina 1971-2001. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42736&name=DLFE-25223.pdf

Suonsivu, K. 1993. Yksilövastuinen hoitotyö psykiatrisessa sairaalassa omahoitajien kokemuksellisenä toimintana. Licensiaatintyö. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.

Välimäki, M. & Mäkitalo, J. 2000. Psykiatrisen hoitotyön luonne. Teoksessa (toim.) Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Helsinki: WSOY. 16-23, 155.

Välimäki, M. & Mäkitalo, J. 2000. Psykiatrisen hoitotyön luonne. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. (toim.). Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY. 69-84.

Välimäki, M. 2000. Muutokset psykiatrisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Teoksessa Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. (toim.). Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WSOY. 69-84.

Välimäki, M., Holopainen, A. & Jokinen, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: Ws Bookwell Oy.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Pukuri, T. 2013. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen. Kannanotto hyvään perhekeskeiseen hoitotyöhön. Suomen sairaanhoitajaliitto, 2013

LIITTEET

LIITE 1

Hyvä hoitaja,

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun seudun ammattikorkeakoulusta, Oulaisten yksiköstä. Suuntaudumme psykiatriseen hoitotyöhön. Olemme tekemässä opinnäytetyötä laadullisena tutkimustyönä aiheesta: **Hoitajien kokemuksia omahoitajuudesta psykiatrisessa hoitotyössä.**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia hoitajilla on omahoitajuudesta, minkä asioiden he kokevat estävän ja edistävän omahoitajana toimimista, ja miten sitä tulisi **kehittää.**

Tutkimusta voidaan hyödyntää omahoitajuuden kehittämiseen.

Vastauksianne käytämme vain opinnäytetyössämme ja vain me tiedämme ketkä työhömmе vastaavat. Henkilöllisyytenne ei tule missään tutkimuksen vaiheessa esille.

Vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti, jonka jälkeen hävitämme ne asianmukaisesti salassa pidettävien asiakirjojen tavoin.

Kiitos vastauksistanne!

Ystävällisesti

Noora Heinonen ja Jori Viita-aho
sairaanhoitajaopiskelijat

LIITE 2

1. Mitä kokemuksia sinulla on omahoitajana toimimisesta?
2. Mitkä asiat koet omahoitajana toimimista estävinä?
3. Mitkä asiat koet omahoitajana toimimista edistävinä?
4. Millaisia kehittämisideoita sinulla on omahoitajuuteen?